ESSAI

N. 25.

SUR

LES FISTULES LACRYMALES.

Dissertation inaugurale,

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 17 MARS 1837,

PAR

JEAN-CAMILLE ROUX,

de FONTAINES (*Rhône*),

Ex-Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon et de l'Hospice de la Charité de la même ville;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Nihil in vultu oculis elegantius et amabilius.
(RIOLAN, *Anthropographia, lib. IV.*)

MONTPELLIER,

de l'Imprimerie d'Isidore TOURNEL aîné, rue Aiguillerie, n.° 39.

1837.

à la mémoire de ma mère.

Regrets éternels!!!

A MON PÈRE.

Piété filiale.

J.-C. ROUX.

ESSAI

SUR

LES FISTULES LACRYMALES.

Parmi les nombreuses maladies qui attaquent la face, quelques-unes sont graves et dangereuses; d'autres, au contraire, sont légères, faciles à guérir, mais toutes incommodes par leur siége, et souvent plus insupportables à la société qu'au malade lui-même.

Les plus fréquentes dans le groupe de ces affections, sont celles qu'on a désignées sous le nom générique de maladies des voies lacrymales : c'est encore celles qui ont le plus exercé le génie des chirurgiens. Aussi, la multiplicité des moyens employés pour arriver à leur guérison, le grand nombre d'opinions émises sur leur nature, tant de méthodes et de procédés employés et rejetés tour à tour, en font-ils un des sujets les plus vastes de la chirurgie.

Les divisions établies par les auteurs pour distinguer et classer ces maladies, me permettant de faire un choix, j'en profiterai pour ne m'occuper que des fistules lacrymales ; j'étudierai surtout leurs causes afin d'apprécier leur nature, et de discuter ensuite plus sûrement les indications établies par nos Maîtres ; enfin, je comparerai les procédés propres à les remplir.

L'histoire des fistules lacrymales remonte à Celse qui, le premier, je crois, a parlé de l'abcès du grand angle de l'œil. Jusqu'à Vésale et Fallope qui décrivirent, pour la première fois, l'appareil lacrymal, les chirurgiens restèrent dans une ignorance complète sur la nature de cette affection ; ils n'y virent qu'un ulcère fistuleux entretenu le plus souvent par la carie de l'os unguis; et si parfois ils purent y distinguer un liquide s'écouler limpide ou mêlé avec le pus, et les mucosités fournies par le sac lacrymal, ils l'attribuèrent ou à la pituite qu'ils croyaient sécrétée par le cerveau à travers la lame criblée de l'éthmoïde, ou à la caroncule lacrymale, qu'ils chargèrent plus tard des fonctions d'une glande inconnue jusqu'alors. Dans le premier cas, c'était une raison pour eux de croire à la perforation constante des os du nez, à leur carie; dans le second, ils agissaient par analogie, ils faisaient pour les fistules lacrymales ce qu'on fit long-temps, et jusqu'au XVIIIe siècle, pour les fistules du conduit de Sthénon ; leur conduite était une conséquence de la fausse idée qu'ils s'étaient faite sur la sécrétion des larmes et les voies qu'elles parcourent. En effet, ils comprimèrent, tant qu'ils crurent à la lésion de la caroncule lacrymale ; ils cautérisèrent, lorsqu'ils pensèrent que la carie des os était la cause inévitable de la maladie. Cette pratique, quoique vicieuse, dut nécessairement compter quelques heureux résultats, soit que par la compression on parvînt à oblitérer le sac lacrymal, soit que la cautérisation fût poussée assez avant pour détruire l'unguis, et par là donner une issue artificielle aux larmes.

Ce furent sans doute ces succès et plus encore la vieille routine qui empêcha la découverte de Fallope de produire les chan-

gemens qu'on devait attendre dans la thérapeutique de ces maladies, puisque pendant près de cent ans encore cette science resta la même. Seulement on excisa plus rarement le sac, qu'on avait regardé d'abord comme un des sinus du trajet fistuleux; mais on conserva les anciennes méthodes et on perdit le temps à discuter le choix des caustiques et des moyens de compression.

Enfin, vers le milieu du 18e siècle, plusieurs mémoires d'Anel, fondés sur une connaissance exacte des voies lacrymales, éveillèrent sur ce point de chirurgie le génie des Petit, des Woolhouse, et imprimèrent à l'étude de ces maladies une nouvelle direction. Alors seulement on les localisa, on appliqua à chacune d'elles une méthode de traitement qui fut basée sur une saine théorie et une observation rigoureuse. C'est ainsi que le larmoiement ne fut plus aux yeux du praticien que l'effet d'un surcroît de sécrétion de la glande lacrymale, d'un rétrécissement ou d'une oblitération des points lacrymaux : que l'anchylops ne fut plus qu'un furoncle ayant son siége dans le tissu cellulaire qui recouvre le sac, et l'égylops ce furoncle ulcéré. C'est ainsi que l'hydropisie, la blennorrhée, la tumeur de ce même sac devinrent des affections différentes, produits de causes diverses, et qu'on vit disparaître du langage pathologique cette distinction erronnée des fistules en fistules plates ou cachées, et en fistules saillantes.

Strictement parlant, la dénomination de tumeur lacrymale emporte avec elle l'idée de l'accumulation des larmes dans l'un des conduits destinés à les porter au dehors, et celle de fistule, l'ulcération de cette tumeur avec épanchement du liquide qu'elle contient. C'est le seul cas où l'on puisse se servir de cette expression.

Mais avant d'arriver à une classification méthodique des maladies qui peuvent être regardées comme causes de fistules lacrymales, je crois utile d'établir quelques données anatomiques sur la variété et la disposition des tissus qui en sont le siége.

L'appareil excrétoire des larmes, l'un des plus parfaits, comme

aussi l'un des plus compliqués de l'économie, se compose d'une série d'organes, dont les uns sont destinés à la sécrétion et les autres à l'excrétion. Ces organes sont : la glande lacrymale et ses canaux sécréteurs, les points et les conduits lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal. Occupons-nous de ceux qui se rattachent d'une manière directe à notre sujet.

Points et conduits lacrymaux. L'inhalation des larmes est-elle due à la capillarité des conduits lacrymaux ? ou y a t-il une véritable succion de leur part ? Cette dernière opinion est généralement professée de nos jours, où l'on ne met plus en doute la contractilité de leur orifice. Pour étayer leurs idées de principes en rapport avec l'observation physiologique, les anatomistes nièrent l'existence du cercle fibro-cartilagineux, dont on les avait d'abord entourés, et leur donnèrent un muscle propre, un véritable sphincter. Cependant, comme il est difficile d'en démontrer l'existence, le plus grand nombre les regardent aujourd'hui comme formés d'un tissu érectile suivant les uns, élastique suivant les autres. Quoi qu'il en soit, placés à l'extrémité interne des paupières, les points lacrymaux n'offrent point un plan complétement horizontal ; ils sont disposés obliquement, de manière à présenter différentes directions, selon l'état des paupières. Quand celles-ci sont ouvertes, ils se présentent entre le globe de l'œil et la caroncule lacrymale ; quand au contraire, elles sont fermées, ils se dirigent directement en arrière ; il résulte de cette disposition que pour y faire pénétrer un instrument quelconque, il faut, avant tout, renverser la paupière en dehors, après quoi, on tombe perpendiculairement dans leurs ouvertures. Les conduits marchent ensuite vers la commissure, en suivant la portion droite et postérieure du bord palpébral, pour venir s'ouvrir isolément dans le sac lacrymal, ou le plus souvent, après s'être réunis dans leur trajet.

Cette manière d'être des conduits lacrymaux offre deux choses à examiner : 1° leur direction à travers les paupières qui les rendent excessivement minces et superficielles dans leur moitié

postéro-supérieure, où ils ne sont séparés du globe de l'œil que par la conjonctive ; 2° l'éperon qu'ils forment par leur réunion ; de là, deux considérations à garder, la perforation de ces conduits, la difficulté de pénétrer dans le sac lacrymal. Outre cet aperçu général, applicable aux deux conduits à la fois, il est des distinctions qui leur sont propres ; le conduit supérieur étant plus facile à mettre dans une direction parallèle à celle du sac, en relevant la paupière vers l'arcade sourcillère, le chirurgien qui voudra pénétrer dans les voies lacrymales à l'aide d'un stylet, ou y faire passer des corps étrangers, devra, toutes choses égales d'ailleurs, lui donner la préférence, tandis que la position transversale et la fixité du conduit inférieur sera une condition favorable aux injections par la méthode d'Anel.

Sac lacrymal et canal nasal. Le sac lacrymal est une petite poche logée au grand angle de l'œil, recouverte par une portion du muscle orbiculaire, formant la moitié supérieure d'un canal qui vient du nez ; il est composé d'un muscle placé derrière elle, de deux membranes, l'une interne, rougeâtre, celluleuse, intermédiaire à la muqueuse commune ; l'autre externe, blanche, aponévrotique, formée par la portion réfléchie du tendon du muscle orbiculaire. Ce sac est un lieu de repos pour les larmes, où elles attendent, en quelque sorte, une impulsion nouvelle qui puisse les chasser au dehors ; car le même mécanisme qui préside aux fonctions de la vessie semble se retrouver ici. En effet, que de rapports de structure ! Le muscle de Horner qui recouvre le sac à sa partie postérieure, ne semble-t-il pas remplacer les fibres charnues de cet organe ? Le sac lacrymal n'est-il pas, comme elle, soumis à l'influence de muscles étrangers, et ne pourrait-on pas dire, contre l'opinion de plusieurs, que comme elle, il éprouve un besoin de se débarrasser du liquide qui le distend (1) ? Et s'il est vrai, suivant la pensée de Janin

(1) J'ai vu souvent chez des malades affectés de tumeur lacrymale, la compression du muscle orbiculaire, dans l'action de cligner, suffire pour vider le sac et faire disparaître la tumeur.

et d'un grand nombre d'autres, que l'endroit de transition du sac au canal nasal jouisse de propriétés contractiles, constriction que nous pouvons expliquer, du reste, par la laxité du conduit nasal dans ce point, et la contractilité organique des tissus vivans, nous aurons une analogie parfaite qui nous servira pour l'étiologie des fistules, et nous fera pressentir d'avance combien la thérapeutique des maladies de l'un a dû prêter de secours à l'autre.

Il est d'autres observations anatomiques qui se rattachent à la disposition du tendon direct du naso-palpébral. Ce tendon, large d'une ligne et long de trois environ, fixé à la lèvre interne de la gouttière lacrymale, divise le réservoir des larmes, en même temps qu'il sert de point fixe aux deux paupières. De là encore cet aspect bilobé que présente la tumeur lacrymale dans un grand nombre de circonstances, et l'éraillement des paupières qui accompagne sa lésion dans l'opération de la fistule par certaines méthodes.

Comme nous l'avons dit, le canal nasal est la continuation du sac lacrymal ; il est formé par l'os unguis, le maxillaire supérieur et une partie du cornet inférieur. Il est placé au côté externe des fosses nasales, et s'étend de la gouttière lacrymale, jusques sous le cornet sous-ethmoïdal, où il vient s'ouvrir par un orifice, dont la dimension a rarement moins de trois lignes de circonférence, et quelquefois bien davantage. Cet orifice est garni le plus souvent d'un repli valvulaire flottant, et n'a pas de position fixe, comme l'avait cru Bianchi.

Envisagé dans son ensemble avec le sac lacrymal, dont on ne peut le séparer, lorsqu'on veut l'étudier dans ses rapports avec la maladie qui nous occupe ; il présente un conduit, dont la longueur varie de onze à quinze lignes, et dont la direction offre des nuances infinies, soit par les modifications que peuvent lui faire éprouver les parties situées profondément dans le nez, soit surtout dans ses rapports avec l'arcade sus-orbitaire, la voute nasale, etc. Toutefois, la direction qu'il affecte communément

est celle-ci : en descendant de l'orbite dans le nez, il se porte un peu en arrière et en dehors, de manière à ce que son axe forme un arc de cercle de deux ou trois degrés au plus, dont la concavité regarde en dedans.

Durant ce trajet, le canal nasal, quoique circonscrit de toutes parts par des surfaces osseuses, ne présente réellement quelque solidité que dans son tiers antérieur et interne. Il serait si facile de pénétrer dans les fosses nasales ou le sinus maxillaire, en pratiquant le cathétérisme, qu'on ne saurait trop se rappeler sa disposition.

La membrane muqueuse qui tapisse les voies lacrymales participe du même caractère que celle qui recouvre les fosses nasales, de même que la membrane de Schneider, elle est le siége d'une exhalation continuelle, et c'est principalement dans sa portion qui forme le sac, que les glandes muqueuses sont les plus apparentes et leur sécrétion plus abondante. La conjonctive qui s'étend sur le globe de l'œil et les paupières a aussi ses canaux d'exhalation, sans compter ceux des glandes de Meïbomius et de la caroncule. Tous ces produits excrémentitiels disséminés sur une grande surface et mêlés au fluide lacrymal proprement dit, en doublent la quantité et en altèrent souvent les propriétés. L'état pathologique de l'un ou de plusieurs de ses organes sécréteurs, peut donc influer sur la formation des fistules.

Causes.

Ce n'est pas seulement dans l'altération du sac et des conduits afférens ou déférens des larmes qu'il faut chercher la source des tumeurs lacrymales, mais bien dans l'état anormal de tous les tissus qui composent ou avoisinent cet appareil. Ces divers états peuvent dépendre de leur inflammation ; ils peuvent être sous la dépendance de productions morbides, de corps étrangers, introduits ou développés dans leurs conduits.

L'inflammation de la muqueuse nasale, regardée comme cause

de fistule, varie par sa marche ; elle est quelquefois aiguë, plus généralement chronique.

Inflammation aiguë, ses symptômes. Elle est la même que la dacryo-cystite des auteurs allemands, l'inflammation chaude de Scarpa ; à son début, elle ne présente d'autres signes que ceux du coryza. Devenue plus intense, l'absorption et l'écoulement des larmes dans le canal nasal sont interrompus, les points lacrymaux se froncent, la narine du côté affecté, d'abord très-humide, devient bientôt très-sèche ; les mucosités fournies par les glandes internes, déjà altérées par le fait de l'inflammation, sont plus épaisses, et n'étant point délayées par les larmes, ne sauraient franchir le passage qui doit les porter au dehors. Elles s'accumulent dans le sac, soulèvent sa paroi externe, et présentent, au-dessous du grand angle de l'œil, une tumeur oblongue, circonscrite, sensible, très-dure, qui fait éprouver au malade une douleur lancinante lorsqu'on la touche, et qui acquiert graduellement une rougeur considérable. Si cet état de phlogose persiste, il y a ordinairement de la fièvre, et une céphalalgie violente. Arrivé à ce point, la maladie se juge, et alors ou l'intensité des symptômes inflammatoires disparaît, le canal redevient libre, le produit de la sécrétion muqueuse plus tenu, les points lacrymaux reprennent leurs fonctions et les larmes cessent de couler sur les joues ; ou bien la tumeur grandissant de plus en plus, devient de plus en plus foncée ; la peau plus luisante ; on sent une fluctuation manifeste ; un point jaunâtre et mou s'élève au milieu de la tumeur, le sac lacrymal s'ouvre et laisse écouler le fluide qu'il contient.

Tant qu'on espère obtenir la résolution des tumeurs lacrymales et qu'on n'a pas lieu de croire à la suppuration, il faut se garder d'y plonger l'instrument tranchant ; on déterminerait dit Beer, un travail d'adhésion dans cette partie, bien suffisant pour rendre désormais inutile cette portion de l'appareil sécréteur. Cependant, si l'ouverture de la tumeur était imminente, il faudrait se garder de l'abandonner à la nature, surtout lorsque

l'inflammation menace de gagner les tégumens voisins ; car il peut arriver que le pus filtre à travers les mailles du tissu cellulaire ambiant, et vienne se pratiquer un passage dans un lieu plus ou moins éloigné du sac. On en a vu saillir jusques sur l'os malaire, sur le dos du nez, vers la bosse nasale, l'arcade sourcillère, etc. Dans des circonstances semblables, si le malade n'est soumis à un traitement approprié, l'ulcère du sac ne répondant pas à l'ouverture de la peau, lors même qu'il n'existe, de prime abord, qu'une seule communication avec le sac lacrymal, les matières qui y abondent, ne trouvant plus d'obstacles dans la laxité des paupières, s'y réunissent en foyer ; puis l'on voit surgir çà et là ces petits points blanchâtres dont j'ai parlé, qui s'abcèdent et sont autant de nouveaux orifices fistuleux, dont les bords se renversent, en même temps que la maladie passe à l'état chronique.

Inflammation chronique, ses symptômes. C'est la dacryoblennorrhée de Beer, le dacryops blennoïdeus de Schmidt ; dans cette affection inflammatoire, il n'y a souvent absolument aucune douleur. La tumeur est molle, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau ; il y a un larmoiement presque continuel. Si l'on comprime la tumeur, elle disparaît ; les larmes et les mucosités qui la remplissent s'échappent, soit par les points lacrymaux, soit par le canal nasal, quand l'oblitération n'est pas complète le larmoiement cesse alors, et ne recommence que lorsque le sac est distendu de nouveau. La tumeur lacrymale ne se développe pas brusquement, mais par degrés insensibles, quelquefois même on n'observe qu'un léger empâtement. Les larmes s'écoulent en petite quantité, et la maladie peut rester stationnaire pendant plusieurs années ; mais après un certain temps, le séjour prolongé des larmes et des mucosités dans l'intérieur du sac, finit par en altérer les parois. La membrane interne, fortement irritée, sécrète une plus grande abondance de mucus ; en un mot, l'inflammation change de caractère, passe à l'état aigu, et en suit toutes les périodes. Il

n'est pas rare de voir alterner ensemble ces deux sortes d'inflammations dont les causes déterminantes, souvent inconnues, peuvent se rapporter parfois à des lésions physiques.

La dacryoblennorrhée ne succède pas toujours à la dacryocystite ; elle apparaît souvent dès le début de l'affection : ses causes éloignées sont plus faciles à apprécier ; toutes se lient à la constitution du sujet, à ses maladies antérieures, aux circonstances au milieu desquelles il vit.

L'inflammation chronique peut revêtir plusieurs formes.

A. *Catharrale.* C'est peut-être la forme la plus fréquente ; elle consiste dans une sécrétion plus grande d'un fluide plus ou moins altéré, sans aucun des phénomènes de sécrétion qui accompagnent l'inflammation aiguë.

B. *Rhumatismale.* Elle a pour caractère propre de coïncider avec les changemens de température ; sa marche est plus franche ; les forces vitales sont plus manifestes que dans les précédentes.

C. *Scrophuleuse.* Elle est le type des inflammations muqueuses chroniques. Jamais elle ne tend à la résolution, à moins qu'un agent révulsif ne porte ailleurs le siége apparent du scrophule, et qu'un excitant local approprié ne ramène l'inflammation à un état capable de triompher de la diathèse qui la tient sous sa dépendance. Ces signes distinctifs sont un boursoufflement indolent, et par-dessus tout l'habitude extérieure du malade.

D. *Psorique.* La muqueuse, d'un rouge âcre, est parsemée de petites ulcérations qui se renouvellent sans cesse et finissent par désorganiser profondément les tissus qu'elles affectent.

E. *Syphilitique.* Chez les personnes qui sont à la veille d'avoir ou qui ont déjà des symptômes vénériens consécutifs, il n'est pas rare de voir la muqueuse nasale s'enflammer et commencer la manifestation du virus syphilitique, ou s'ajouter aux signes déjà préexistans.

L'inflammation chronique date souvent de l'époque d'une fièvre éruptive, la variole, la scarlatine, la rougeole, etc. Montagnana en cite un grand nombre d'exemples. Souvent aussi elle se dé-

veloppe par continuité à la suite d'une ophthalmie ancienne, ou d'un altération chronique des glandes de Meïbomius. Les opinions de Scarpa, sur ce sujet, lui sont en quelque sorte particulières ; il regarde l'affection de ces glandes (flux puriforme palpébral) comme constituant le premier degré de toute fistule lacrymale ; il assure que la plus grande partie de la matière jaune visqueuse qui s'amasse dans le sac lacrymal est sécrétée par la membrane interne des paupières et par les glandes de Méïbomius. Il est facile de s'en convaincre, si on vide la poche des larmes et qu'on empêche toute absorption par les points lacrymaux, la tumeur reste vide et les paupières se couvrent d'une couche de mucus, analogue à celle que l'on fait refluer du sac par la compression.

Une autre preuve alléguée par Scarpa pour soutenir sa théorie, c'est que la membrane interne du sac, d'après sa structure, ne saurait fournir un liquide assez épais pour qu'il ne pût s'échapper par le canal nasal. S'il s'écoule quelquefois avec les larmes une matière troublée, c'est du véritable pus tout-à-fait différent de cette matière onctueuse qui se forme dans l'écoulement purulent des paupières.

Himly et Flajàni se sont élevés contre les idées trop absolues du professeur de Pavie ; ils observèrent que la fistule lacrymale pouvait exister sans la moindre altération des glandes de Meïbomius, comme cette dernière pouvait également parcourir ses périodes sans qu'il s'ensuivît de fistule. Travers fait à peu près les mêmes objections. Il ne comprend pas, dit-il, comment sans rétrécissement préalable du canal nasal, les larmes absorbées par les points lacrymaux peuvent se ramasser dans le sac, plutôt que de suivre leur route accoutumée. En admettant la possibilité d'un cas dans lequel les membranes du sac lacrymal et du canal nasal pourraient ne pas être épaissies et ulcérées indépendamment de l'affection des paupières, Scarpa combat les objections précédentes, en disant que, si on ne voit pas toujours la tumeur du sac coïncider avec le flux purulent palpébral,

c'est que la matière sécrétée est plus ou moins visqueuse qu'à l'ordinaire, ou que les conduits lacrymaux sont plus larges et plus libres ; d'un autre côté, que si l'ophthalmie palpébrale ne produit pas constamment la tumeur, cela tient à un défaut d'absorption. Il assure que ce qui empêche la matière de l'écoulement d'être transportée dans le sac, c'est l'inflammation et la tuméfaction qui ferme alors les points lacrymaux et change leur direction, en sorte que la matière puriforme et les larmes tombent sur les joues et ne peuvent pénétrer dans le sac.

Pour ma part, dans le nombre de fistules lacrymales que j'ai pu observer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, je n'ai jamais vu cette maladie sans lui trouver tous les caractères d'inflammation palpébrale que lui donne Scarpa. Toujours, en renversant la paupière, je l'ai trouvée d'un rouge pâle, velouté, et sur son bord libre j'ai pu voir les glandes de Meïbomius séparer une espèce de lippitude qui se moule en filets jaunâtres entre les bords palpébraux, et s'engage lentement par le conduit des larmes pour aller en quelque sorte se peletonner dans le sac où il aboutit. Cette observation m'a convaincu, contre l'opinion de Travers, que la tumeur lacrymale pouvait exister, quand bien même il n'y aurait pas de coarctation du canal nasal.

Quoique le flux palpébral, abandonné à lui-même, ou dont le traitement a été mal dirigé, produit généralement la tumeur lacrymale ; cette dernière peut cependant avoir d'autres causes.

Tumeurs lacrymales dépendant d'un obstacle.

Sandifort, Callisen, Platner, rapportent des exemples de concrétions pierreuses développées dans le sac lacrymal ; on lit dans Weller qu'un noyau de cerise, porté imprudemment dans les fosses nasales, était venu se loger sous le cornet inférieur, de manière à empêcher le cours des larmes. D'autres fois, la compression des conduits est due à un polype qui a grandi dans le nez. Enfin, on conçoit qu'un fongus du sinus maxillaire,

une hydropisie de cette cavité, une exostose, une esquille enfoncée après la fracture comminutive des os voisins ; et par-dessus tout, les vices de conformation aient pu gêner ou effacer entièrement le canal nasal, en le transformant en un cordon ligamenteux (Morgagni, Jurine, Dupuytren).

Dans le siècle dernier, où tous les procédés opératoires furent dirigés contre l'obstruction, ceux qui écrivirent sur les fistules, firent jouer un grand rôle aux oblitérations sinon totales, du moins partielles du canal lacrymal, et depuis J.-L. Petit, les chirurgiens les rapportèrent presque tous à cette cause ; ils cherchèrent dans l'anatomie du canal nasal des faits à l'appui de leur opinion, et ils lui trouvèrent des valvules, des replis capables de mettre obstacle à la sortie des larmes ; Demours décrivit plusieurs bandelettes fibreuses qui le traversaient en différens sens ; enfin, la plupart donnèrent à la muqueuse une force d'adhésion qu'elle est loin de posséder.

Malgré l'assertion de ceux qui pensent que la réunion des membranes muqueuses a toujours lieu, lorsque leurs surfaces se trouvent en contact immédiat, je crois, au contraire, si je juge par analogie, que cette adhésion ne peut se faire sans qu'il y ait eu auparavant altération profonde de cette membrane. Les adhérences des tissus muqueux sont si rares, que c'est à peine si on cite quelques exemples d'oblitération complète des intestins dans les cas fréquens d'anus contre-nature, lors même que le bout inférieur ne reçoit aucune parcelle des excrémens, et qu'il est comprimé par la masse énorme des viscères abdominaux. La gonorrhée n'a jamais produit la réunion de la muqueuse uréthrale, à moins de désorganisation antérieure. Il en est de même des conduits salivaires, auditifs, etc. Or, l'anatomie pathologique a fait justice de ces sortes d'ulcérations qu'elle n'a pu constater que de loin en loin. Si je joins à cela la fixité du canal nasal à ses parois osseuses, qui rend plus difficile le rapprochement de la membrane muqueuse, je suis en droit de conclure que son oblitération est très-rare ; la preuve de cette assertion est

certaine, puisque presque toujours on introduit avec la plus grande facilité dans le canal nasal soit une canule, soit une bougie, soit un simple stylet.

La carie, la nécrose des parties dures constituent plutôt une complication qu'une espèce de cause particulière.

Je viens d'énumérer toutes les maladies qui tendent constamment à produire les fistules lacrymales; mais il en est d'autres moins souvent signalées, dont la marche, quoique semblable dès le début, et les symptômes extérieurs analogues sont d'une nature tout-à-fait différente. Je vais les indiquer, parce que c'est de leur connaissance que découlent et leur diagnostic différentiel et leur thérapeutique.

Érysipèle des parties qui recouvrent le sac. La finesse, la sensibilité de la peau qui réunit les paupières au nez, explique pourquoi le grand angle de l'œil est, préférablement à tout autre lieu, le siége de cette espèce de phlogose, que Beer a décrit dans ses ouvrages et que Boyer a cru reconnaître dans l'anchylops des anciens. La ressemblance de cette maladie avec la tumeur lacrymale développée sous l'influence d'une inflammation aiguë, dont elle a tous les caractères, excepté son affaissement par la compression, demande un examen attentif de la part du médecin auquel elle se présente. Celle-ci est une affection difficile à guérir, celle-là un simple abcès. Bien que le professeur Boyer ait dit que ces sortes de tumeurs, arrivées à suppuration, n'exigent aucun traitement particulier, et qu'elles guérissent sans fistule, soit qu'on les perce, soit qu'elles s'ouvrent d'elles-mêmes, je pense qu'une fois reconnues, elles doivent être ouvertes par l'instrument tranchant, avant que le pus ait eu le temps de se réunir en foyer; suivant cette règle générale qui commande d'en agir ainsi toutes les fois qu'une tumeur, devant se terminer par suppuration, avoisine ou les cavités naturelles, ou les canaux excréteurs. Il est donc important de distinguer, en pareil cas, l'affection du sac lacrymal avec *l'anchylops;* une erreur de diagnostic qui pousserait l'opérateur à

plonger le bistouri jusques dans le réservoir des larmes, déterminerait certainement des accidens très-fâcheux et la conversion d'une maladie légère en une véritable fistule. En l'abandonnant à la nature, l'abcès pourrait s'ouvrir dans le sac, et constituer ce que Beer désigne improprement sous le nom de fausse fistule.

Squirrhe, état cartilagineux du sac. Le squirrhe du sac, l'état cartilagineux de cet organe, indiqué par Janin, ne modifie en rien les indications qu'on a à remplir. Les douleurs lancinantes ne laissent aucun doute à l'égard du premier; le craquement d'une coque qui se brise sous la pression est le signe pathognomonique du second.

Hernie, hydropisie du sac. Les maladies décrites sous ce titre sont restées long-temps confondues, quoiqu'elles soient caractérisées par des symptômes entièrement opposés. Dans la hernie ou simple relâchement, le sac lacrymal forme une tumeur molle dont la grosseur n'est jamais considérable; les tégumens conservent leur couleur naturelle. La hernie se laisse facilement réduire par la pression du doigt. L'hydropisie, au contraire, peut causer une tumeur beaucoup plus volumineuse; elle est rougeâtre dès le commencement, très-dure, et incapable d'être vidée par la pression. La compression suffit quelquefois pour guérir la hernie; l'hydropisie exige toujours l'incision du sac. Dans la hernie, le sac nasal est dans un état naturel; dans l'hydropisie, il est ordinairement oblitéré, ainsi que les points lacrymaux.

Polypes du sac. On trouve deux exemples de cette affection; l'un rapporté par M. Neyss, l'autre observé par Janin. Lorsque le polype n'est pas assez considérable pour remplir en entier la cavité du sac, les larmes peuvent encore s'y introduire en petite quantité, et on peut entendre, quand on comprime la tumeur, un léger gargouillement à peu près semblable à celui que fait l'intestin lors de sa réduction. Des deux opérations que nécessitèrent ces excroissances anormales, l'une eut un plein succès, l'autre ne guérit que par l'oblitération complète du sac lacrymal.

Diagnostic.

La sortie des larmes par l'ulcère est le signe non équivoque de toute fistule lacrymale. L'état des matières qui coulent sur la joue indique souvent la nature des complications. Y a-t-il ulcération de la muqueuse nasale ? Les larmes sont mêlées de stries purulentes ; d'autres fois, ce fluide est séreux, sanguinolent, selon les progrès de l'affection. On a aussi de fortes présomptions que la fistule du sac lacrymal est compliquée de carie, lorsqu'on y aperçoit des tâches livides, pâteuses, circonscrites, des excroissances fongueuses, une sanie parsemée de granulations noirâtres. Au reste, l'exploration au moyen d'un stylet ne laisse aucun doute à cet égard, et donne des signes sûrs pour la distinguer de la nécrose. La compression de la tumeur lacrymale avec le doigt est un moyen puissant de diagnostic ; elle apprend à le distinguer de l'hydropisie du sac ; elle fait connaître au médecin l'oblitération ou la liberté des conduits lacrymaux.

Pronostic.

Sur une maladie dont les formes sont si variées et les complications si nombreuses, il est difficile de porter un jugement qui puisse convenir à toutes ses espèces. Dirons-nous, avec Boyer, que les fistules lacrymales ne guérissent jamais spontanément, qu'elles exigent toujours les secours de la chirurgie ? Mais comment alors démentir les observations citées par Maître-Jean, Demours et tant d'autres ? D'ailleurs, le raisonnement est si bien d'accord avec les faits, qu'on ne saurait disconvenir qu'un grand nombre de tumeurs lacrymales doit disparaître sans opération, surtout si elles sont sous la dépendance d'un vice général.

Traitement.

Si la multiplicité des procédés opératoires était la mesure des

progrès de l'art sur le traitement d'une maladie, quel autre, plus que celui de la fistule lacrymale, serait voisin de la perfection? Mais si on scrute les raisons qui ont fait multiplier les ressources contre cette affection, on ne tarde pas à s'apercevoir que cela vient de la mauvaise idée qu'on s'était faite sur ses causes. A une maladie qu'on croyait locale, on a opposé un traitement local. A l'obstruction d'un tube qu'on regardait comme presque dépourvu de propriétés vitales, on a opposé un traitement tout-à-fait mécanique; et quand on n'a pu réussir, on a forcé les larmes à prendre une direction nouvelle, à suivre un passage anormal. Là se résume toute la thérapeutique des fistules. Analysons ces différens moyens de guérison.

PREMIÈRE MÉTHODE.

Il est probable que les Anciens, avant d'employer la cautérisation, l'excision, avaient cherché à guérir la maladie qui nous occupe, sans opération sanglante; et s'ils sont revenus à cette dernière, c'est une preuve incontestable du peu d'efficacité de leurs tentatives; car, diminuer le nombre des opérations sanglantes, tel est le véritable progrès de la chirurgie. C'est sans doute sous l'inspiration de cet axiome qu'écrivirent tous les chirurgiens dont les procédés, ainsi groupés, compression, injection, dilatation, constituent la première méthode.

Compression. Elle est continue ou intermittente. Celle-ci, que le malade lui-même exerce plusieurs fois par jour, n'est jamais nuisible, lorsque la tumeur n'est pas ulcérée. Elle retarde la marche de la maladie et prévient le larmoiement. Dans certaines circonstances, rares il est vrai, elle a même pu suffire pour amener la guérison. *Continue*, elle consiste dans l'application d'un bandage compressif, donc la première idée appartient à Fabrice d'Aquapendente. Ce bandage avait beaucoup de rapport avec le compresseur dont on se sert aujourd'hui pour l'artère crurale; comme lui, il portait au bout d'une branche mobile,

une pelote garnie de peau de chamois qui devait appuyer sur la tumeur. Cet instrument, quelles que soient les modifications que lui ont fait subir, tour à tour, Hunter, Lavanguyon et J.-L. Petit, offre tant d'inconvéniens, que ce dernier l'avait abandonné. Je ne vois qu'un cas où il pourrait présenter quelque avantage ; c'est celui de la hernie du sac à travers les fibres du muscle palpébral.

Injection. Après qu'on eut modifié la compression par toutes sortes de moyens infructueux, Anel imagina, en 1716, de faire pénétrer un liquide quelconque dans le voies lacrymales, à l'aide d'une seringue, dont le siphon était assez étroit pour entrer dans les points lacrymaux. Par cette méthode, Anel prétendit pouvoir guérir l'affection, toutes les fois que l'obstruction n'était pas trop grande, et lorsque la matière de l'écoulement n'était pas trop altérée. Les heureux résultats qui suivirent ses premières tentatives, éveillèrent, sur ce point, tous ce qu'il y avait en France d'hommes savans ; ils comprirent quel avantage il y aurait à pouvoir conduire dans les voies lacrymales, des médicamens qu'on pourrait approprier au mal selon les circonstances. Ce liquide délayerait les mucosités épaissies qui stagneraient dans le sac, et par une douce impulsion, il devait renverser l'obstacle qui s'opposerait à l'issue des matières, en même temps il éclairerait le diagnostic aux diverses époques du traitement, en faisant connaître le degré de perméabilité des orifices. Cette méthode fut généralement employée ; cependant, on s'aperçut bientôt des difficultés qu'il y avait à faire passer le siphon de la seringue dans les points lacrymaux, qu'on était forcé d'habituer plusieurs jours à l'avance, avant de pouvoir réussir. Les injections qu'on poussait dans le sac, ressortaient par le conduit lacrymal supérieur, et il en passait fort peu par le canal nasal, même lorsqu'il était libre. Ware était obligé, pour en retirer quelque avantage, de mettre un doigt sur le point supérieur, empêchant ainsi le fluide de sortir par cette ouverture, en même temps qu'il comprimait le sac, afin d'aider

à pousser l'eau dans le nez. Plus tard, on crut reconnaître que la guérison des fistules lacrymales par cette méthode, n'avait rien de durable, et que la maladie reparaissait un mois, deux mois après le traitement. Ces inconvéniens engagèrent Lafaye, dans ses commentaires sur Dionis, à proposer d'arriver au sac lacrymal par le canal nasal, et ce fut Laforest qui mit cette pratique en usage. Pour atteindre son but, il fit fabriquer de petites sondes creuses, recourbées en forme d'algalie, et dont les dimensions variaient suivant les individus. Ces sondes introduites de bas en haut, jusques dans le sac lacrymal, lui servirent à faire des injections qu'il renouvelait aussi souvent que les indications paraissaient le demander. Malheureusement, les intrumens de Laforest ne s'accommodaient que difficilement aux différentes courbures du canal qu'elles devaient parcourir, et leur introduction était si incertaine, que la même critique qui avait attaqué la méthode d'Anel retomba sur ce nouveau procédé. Les objections déjà faites par Morgagni contre Bianchi, furent reprises avec plus de chaleur, et l'on dit qu'on ne pouvait sonder le canal nasal par le nez, sans s'exposer à des tâtonnemens incommodes et douloureux, à des irritations et des déchiremens de la membrane pituitaire, à des fractures du cornet inférieur et à des fausses routes ; dès lors, les injections, quelque précieuses qu'elles soient, cessèrent de former la base du traitement des fistules, et ne furent plus que les auxiliaires d'autres procédés.

Dilatation. Anel, Laforest avaient aussi des instrumens propres à dilater les voies lacrymales, et préparer une route à ceux qui devaient servir aux injections. Leur insuffisance, à laquelle on attribua la récidive de la maladie, porta Méjean à chercher un moyen plus sûr de dilatation. Il pensa qu'un séton introduit dans le canal nasal agirait bien mieux, et plus doucement, que le cathétérisme à l'aide de sondes solides, et qu'en enduisant la mèche de remèdes appropriés, on obtiendrait tous les avantages des injections. Deux chemins se présentaient pour

pénétrer dans le conduit des larmes ; l'incision de la tumeur, lorsqu'elle n'était point ulcérée, ou les points lacrymaux. Dans le désir d'éviter l'emploi du bistouri et la crainte d'une cicatrice, peut-être aussi afin de respecter l'ulcère extérieur, dont il espérait obtenir la prompte cicatrisation, Méjean crut devoir suivre la marche toute tracée par Anel. Il arma le stylet de ce dernier d'un fil de soie, qu'il fit pénétrer par le point lacrymal supérieur à travers l'obstacle. Il s'en tenait là le jour de l'opération, et se contentait de nouer sur le front les deux bouts du fil. Le lendemain ou le surlendemain, il plaçait à son extrémité une mèche, qu'il faisait remonter de bas en haut dans le canal nasal ; il conseillait de retirer chaque jour la mèche de la veille, pour la remplacer par une autre un peu plus volumineuse, jusqu'à ce qu'enfin le canal fût jugé complétement libre. Le procédé de Méjean offre des difficultés qu'il n'est pas toujours aisé de surmonter. Le stylet s'embarasse souvent dans le sac lacrymal, et n'arrive dans le canal nasal qu'après de longues et fatiguantes tentatives, et malgré l'ingénieuse invention de Cabanis, on a souvent beaucoup de peines à le saisir sous le cornet, pour l'amener à l'extérieur. En supposant qu'une main habile puisse éviter tous ces reproches, il est d'autres inconvéniens plus graves qui ont fait oublier ce procédé. Sur vingt malades ainsi traités, il en est à peine trois ou quatre, disent les auteurs du temps, chez lesquels l'affection ne reparaisse pas au bout de quelques mois. Et puis la présence du fil dans le conduit lacrymal supérieur, pendant tout le temps nécessaire à la guérison, l'irritation qu'éprouvait son orifice lorsqu'on changeait le séton, non-seulement causaient l'inflammation du point lacrymal, mais même une ulcération et des cicatrices telles, que les parties perdaient quelquefois l'usage de leurs fonctions.

Frappé des accidens qui suivaient le procédé de Méjean, J.-L. Petit n'hésita pas à ouvrir le sac lacrymal, et à porter par cette ouverture tous les instrumens employés alors à la dilatation

des rétrécissemens de l'urètre. En associant les moyens curatifs de ces deux maladies, J.-L. Petit a marqué une des plus brillantes époques de l'art chirurgical. L'incision de la tumeur, une fois mise en pratique par un grand maître, devint la source de tous les travaux publiés à cette époque; Pouteau proposa d'attaquer le sac par sa face postérieure, en dedans de la paupière, Monro de soulever sa paroi externe avant de l'ouvrir; le premier, afin d'éviter une cicatrice apparente; le second, pour ne pas entamer sa portion osseuse. Quelques-uns cherchèrent à rapprocher les anciens procédés, et les combinèrent avec celui de Petit. Lecat, voyant que les cordes à boyau, les bougies emplastiques, enfoncées de haut en bas, renversaient les bords de la plaie, la rendaient toujours calleuse, et souvent incapable de réunion, les remplaça par la mèche de Méjean; Scarpa, leur substitua à son tour une tige de plomb, qu'il appelait conducteur des larmes. Enfin, Desault, Boyer, modifièrent le procédé de J.-L. Petit, de manière à le rendre un des plus faciles de la chirurgie. Malgré tant d'efforts de génie, quoiqu'on n'eût plus à craindre de ne pouvoir vaincre l'obstacle qui passait alors pour la seule cause des fistules, les médecins n'eurent pas à compter un plus grand nombre de succès. L'espoir de la guérison cessait presque toujours avec le traitement, lorsqu'en désespoir de cause, pour emprisonner, si je puis m'exprimer ainsi, la muqueuse rebelle à tant de moyens, Pellier de Quincy remit en vogue, sans plus de bonheur, la canule de Foubert.

S'il nous était permis de rechercher le motif qui a fait échouer tant de chirurgiens de mérite, peut-être trouverions-nous qu'ils étaient trop préoccupés de leur idée fondamentale, l'obstruction, que c'est elle qui leur a fait oublier l'état morbide des tissus sur lesquels ils opéraient, et que la présence continuelle de corps étrangers ne pouvait qu'augmenter. Certes, si, poursuivant l'analogie que J.-L. Petit avait établie entre les organes lacrymaux et l'appareil urinaire, nous rapprochons leurs maladies, il n'est personne qui pût nier leur identité, du moins dans la généralité

des cas. Le catarrhe urétral, soit aigu, soit chronique, n'a-t-il pas avec le catarrhe des voies lacrymales une ressemblance telle, que ces deux maladies se développent sous l'influence des mêmes causes, et marchent accompagnées des mêmes symptômes? N'en est-il pas de même de l'inflammation aiguë du canal nasal comparée avec celle de l'urèthre, ainsi que de l'engorgement chronique de leur muqueuse? Quand l'un met obstacle à l'issue des larmes, l'autre ne retarde-t-il pas l'issue de l'urine? Et cependant, les chirurgiens ne sont pas dans l'habitude d'abandonner une sonde dans la vessie, pour guérir le catarrhe de la muqueuse. Quelque chronique, quelque peu inflammatoire que soit un rétrécissement uréthral, ils se gardent bien de laisser des bougies à demeure dans le canal; et jamais il ne leur vint à la pensée d'ouvrir l'urèthre pour aller placer sur le siége du rétrécissement une canule à demeure. Ils se contentèrent de dilater l'obstacle un quart d'heure ou une demi-heure chaque jour; ils savaient fort bien qu'un contact trop prolongé, une dilatation trop forte, détermineraient constamment un travail inflammatoire qui, dans les cas les plus heureux, ne ferait qu'augmenter le mal et retarder la cure. Pourtant le chirurgien qui traiterait toutes les maladies de l'appareil urinaire par les moyens employés jusqu'ici pour la guérison de celles des voies lacrymales, ne serait ni plus blâmable, ni moins rationnel que les partisans de cette méthode.

SECONDE MÉTHODE.

Lorsque le canal nasal est obstrué par une exostose, ou par un corps qu'il est impossible d'enlever, on doit, pour guérir la tumeur ou la fistule lacrymale, recourir à la formation d'une route artificielle, qui puisse donner passage aux larmes. D'accord sur ce fait, et sur le lieu où elle doit être pratiquée, les opérateurs le sont peu sur le procédé le meilleur. Les uns, Paul d'Egine, Cheselden, Heister, Scarpa, veulent qu'on brise l'un-

guis avec le fer rougi à blanc ; les autres, Woolhouse, Pott, Hunter, Desault, préfèrent sa perforation à l'aide d'instrumens consacrés à cet usage. Le compas emporte-pièce de M. Talrich nous paraît le plus convenable. Quel que soit, du reste, le moyen que l'on aura choisi, on respectera, dans l'incision de la tumeur, le tendon du muscle palpébral, afin d'éviter l'éraillement qui suit la méthode de Woolhouse. On aura soin de faire à l'os une ouverture assez large pour ne point avoir à se servir de corps étrangers. C'est en introduisant des rouleaux de charpie, des tentes, des canules, que les chirurgiens ont, dans le plus grand nombre des cas, rendu la maladie pire qu'avant d'avoir entrepris sa guérison. Ces corps irritent les parties avec lesquels ils sont en contact ; leur présence détermine la suppuration du sac, dont on ne peut plus tard empêcher la cicatrisation ; et si après un traitement plus ou moins long, après avoir échappé à des accidens plus ou moins graves, les malades se sont trouvés guéris, un larmoiement continuel tout aussi incommode a été le prix de leur patience. J'ai vu quelques exemples de cette opération faite soit par le cautère actuel, soit à l'aide du poinçon de Hunter ; d'autres m'ont été communiqués, et toutes ont été couronnées de succès. Mais il est vrai de dire qu'on avait eu soin de produire une déperdition de substance assez considérable, pour que l'oblitération n'eût pas lieu, et surtout qu'on s'était gardé de tout ce qui aurait pu irriter le sac lacrymal, dont la suppuration eût amené la perte de ses facultés.

Progrès thérapeutique des fistules lacrymales.

En même temps que la doctrine de l'irritation faisait chercher à presque toutes les maladies un caractère inflammatoire, Schmidt, en Allemagne, écrivait que l'inflammation de la membrane muqueuse des voies lacrymales était le principal élément de la maladie et la source la plus féconde de ses indications.

Scarpa professait la même chose en Italie, ajoutant cependant que le flux palpébral était presque toujours la cause du développement des fistules. Mac-Kenzie en Angleterre, Lisfranc en France, suivaient la même impulsion. Cette époque, qui fut véritablement un progrès pour la science, reconstruisit presque entièrement l'étiologie des fistules lacrymales, qui avait été négligée jusqu'alors, et sembla amener une réforme générale dans leur thérapeutique. Mais soit que les nouvelles doctrines ne s'établissent pas sans quelque opposition, soit qu'on ait quelque raison à ne pas se persuader que ses devanciers aient été dans l'erreur, on vit encore des praticiens célèbres conserver les anciennes méthodes, en les soumettant toutefois aux idées qu'on venait d'acquérir : cette manière d'attente fut sans doute un bien, car en retenant en parallèle les opinions du jour avec celles du siècle passé, elle donna le temps de les juger, d'emprunter aux unes ce qu'elles avaient de bon, et de repousser des autres ce qu'elles avaient d'exagéré. Dupuytren, admettant d'ailleurs les principes de Schmidt sur l'inflammation de la membrane pituitaire, s'aperçut que rarement les malades viennent réclamer des secours, alors qu'ils auraient besoin d'un traitement antiphlogistique; que constamment la maladie est dans cet état avancé, qui, selon Boyer, ne peut céder qu'à une opération. Il reconnut, en outre, que le canal nasal était le siége d'une compression lente, qui avait rétréci d'autant son calibre, et la compression, si souvent favorable aux engorgemens subinflammatoires, lui parut le moyen le plus efficace. Néanmoins, la dilatation, telle qu'elle se pratiquait alors, était si longue, si souvent insuffisante, si désagréable pour les malades, qu'il mit tous ses soins à en trouver une autre moins incommode, plus expéditive, et à laquelle il a attribué depuis tant de succès. En 1813, après avoir modifié la canule de Foubert, il remit en honneur son procédé. Cette opération, qu'il exécutait avec une si grande célérité, que le plus souvent les malades ignoraient complétement qu'on avait introduit un corps étranger dans leurs voies lacrymales, la ces-

sation du larmoiement aussitôt après l'introduction de la canule, la cicatrisation de la plaie au bout de trois jours, et plus encore la durée d'une guérison si prompte, appuyée sur un grand nombre d'observations, l'a fait adopter par presque tous les chirurgiens français et étrangers. Il s'en faut cependant que ce mode de traitement si expéditif soit en harmonie avec ce que nous avons dit des corps étrangers laissés à demeure dans le canal nasal. Mais alors nous avons jugé sur des faits. Qu'opposer à la méthode de Dupuytren? Si les inductions suggérées par l'analogie la condamnent, ses succès ne lui servent-ils pas de garant contre toute attaque?

C'est au moment où cette méthode commençait à trouver des détracteurs que Ducamp fit paraître son traité sur la cautérisation de l'urèthre. Les affections de ce canal avaient été si souvent comparées à celles du conduit nasal, qu'il était impossible qu'on ne leur fît partager bientôt la même découverte. Aussi à peine s'était-on donné le temps de constater son utilité, que plusieurs chirurgiens cherchèrent à appliquer le nitrate d'argent à la guérison des fistules lacrymales.

M. Harvengs de Manheim, le premier, proposa dans un mémoire lu à l'Académie en 1822, de porter dans le canal nasal, à l'aide d'une incision faite au grand angle de l'œil, une canule renfermant un porte-caustique; MM. Deslandes, Taillefer, réclamèrent plus tard pour eux la priorité d'une méthode à peu près semblable. En 1827, M. Brémont, de Marseille, dans sa dissertation inaugurale, chercha à appliquer aux traitemens des fistules lacrymales, non plus seulement la cautérisation, mais tout l'appareil de Ducamp: mèches exploratrices, dilatatrices, caustiques, il introduit tout de bas en haut à l'aide d'un fil passé du point lacrymal dans la narine, suivant le procédé de Méjean. Déjà M. Gensoul avait fait connaître, deux ans auparavant, par l'organe de M. Lisfranc, l'heureuse idée qui lui avait fait concevoir la possibilité d'adapter à la forme du canal nasal la sonde de Laforest, et de s'en servir pour cautériser les

voies lacrymales. D'après le calcul envoyé à M. Velpeau, plus de deux cents malades auraient été guéris par ce moyen. En comparant ces deux manières de cautériser le canal nasal, il semble d'abord qu'en y pénétrant par sa partie supérieure, aucune difficulté ne doive se présenter, tandis qu'en y arrivant par son orifice inférieur on a à redouter les inconvéniens du procédé de Laforest. M. Gensoul a su échapper à tous. En prenant l'empreinte exacte du canal à l'aide de l'alliage fusible de Darcet, il a donné à ses sondes une forme convenable et en rapport avec la direction et l'étendue de la partie osseuse de ce conduit; et quoique on puisse objecter que la forme du canal nasal n'est pas toujours la même, qu'elle varie selon les âges et les individus, le cathétérisme en est si facile, que j'ai vu plusieurs de mes condisciples, sans exercice préalable, avec la seule connaissance anatomique des parties, y arriver du premier coup, et rester stupéfaits d'une habileté qui est presque commune à tous.

La cautérisation, suivant ces divers procédés, la dilatation, à l'aide de la canule à demeure de Dupuytren, demandent à être jugées par le temps; mais quelque soit leur sort, elles auront toujours servi à augmenter le nombre des ressources, à faire connaître d'une manière plus exacte la conformation du conduit nasal. M. Gensoul, en modifiant la sonde de Laforest, a rendu au traitement des fistules, le précieux moyen des injections dont on ne retirait aucun avantage par la méthode d'Anel. Il a facilité la dilatation, en donnant à l'art un instrument mousse, presque inoffensif, qui peut être introduit aisément, sans qu'il soit besoin d'ouvrir la tumeur lacrymale, qui peut être employé toutes les fois seulement que l'état des parties n'en contr'indique pas l'usage; qui n'a qu'une action momentanée que le chirurgien est maître de renouveler aussi souvent qu'il le juge convenable; qui permet de suivre les progrès du traitement, et de juger du moment où son secours devient inutile; en un mot, qui met le praticien en état d'agir pour la maladie qui nous occupe,

comme il le fait pour les affections de l'urèthre, avec autant de sûreté et probablement autant de succès.

Conclusion.

Dans une affection dont la nature est aussi variée que l'est celle des fistules lacrymales, doit-on choisir un seul genre de traitement ? L'observation et le raisonnement démontrent le contraire. C'est en ne distinguant pas, dit Mac-Kensie, les maladies particulières qui affectent chacune des parties de l'appareil des larmes, qu'on a été conduit à rechercher quelque méthode particulière qui pût les guérir toutes, et c'est pour cela que les différens moyens qui ont été proposés, quoique très-utiles dans l'une ou l'autre de ces affections, mais ne pouvant convenir à toutes les autres, n'ont joui successivement que d'une renommée peu durable.

Convaincu de la certitude de ce fait, je chercherai toujours à me tracer un plan de conduite, non-seulement d'après les analogies et l'expérience, mais encore basé sur une connaissance positive de la nature de la maladie. Lorsqu'un malade se présentera à moi avec une tumeur lacrymale, j'étudierai les causes qui ont pu lui donner naissance; j'examinerai leur nombre, leur siége, et après un examen approfondi, je calculerai les moyens les plus propres à les combattre. Autant que possible, je choisirai de préférence les méthodes qui se rapprochent le plus d'une simple expectation; jamais je n'introduirai de corps étrangers, pour rester à demeure dans la canal nasal.

Si la tumeur lacrymale tient à une inflammation aiguë du sac, je prescrirai tous les moyens antiphlogistiques, recommandés par Lisfranc; j'aurai recours aux injections émollientes, aux fumigations de même nature, depuis long-temps mises en pratique par Guérin, et si l'inflammation était assez grande pour donner lieu à des réactions fâcheuses, je n'hésiterai pas à ouvrir

la veine du bras, à donner issue à la matière qui est contenue pans le sac, lorsque celui-ci serait trop fortement distendu, et qu'elle ne pourrait s'échapper ni pas le points lacrymaux, ni par le canal nasal, que l'état de phlogose aurait fermés.

Dans le cas de blennorrhée du sac, ou lorsque celle-ci aura succédé à la dacryo-cystite, je conseillerai de vider la tumeur par la pression, aussi souvent qu'elle se renouvellera ; d'aider par des fumigations légèrement excitantes, la muqueuse trop lente à se résoudre, et quand je n'aurai pu atteindre le but que je me serai proposé, je mettrai à profit la sonde solide de M. Gensoul, que j'introduirai avec intention de comprimer uniformément le canal nasal de dedans en dehors, et dans toute son étendue. Seulement, je crois qu'on pourrait lui faire subir cette modification, s'en servir comme d'un mandrin qu'on pourrait recouvrir de gomme élastique ; par là, on éviterait la crispation organique qu'éprouvent les tissus, dès qu'ils se trouvent en contact avec un corps métallique ; on pénétrerait plus facilement, c'est là, je pense, ce qui a fait préférer les instrumens de cette espèce dans le traitement des maladies de l'urèthre.

Si tous les phénomènes qui caractérisent la fistule lacrymale ont pour cause primitive l'inflammation chronique des paupières, comme l'a avancé Scarpa, et comme cela arrive le plus souvent, tous mes efforts tendront à détruire cette cause ; M. Bajard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dont le mérite et la longue expérience ne sauraient être mis en doute, n'a jamais manqué de réussir par le traitement suivant. Son premier soin est de vider la tumeur avec le doigt ; il cautérise ensuite légèrement avec le nitrate d'argent la muqueuse affectée, afin de changer en quelque sorte son mode inflammatoire. S'il voit ramper dans son épaisseur des capillaires variqueux, il y revient à plusieurs reprises ; en même temps, il fait introduire à chaque pansement, entre les deux paupières, la grosseur d'un grain d'orge d'une pommade excitante (celle de Scherer) ; l'œil est ensuite fermé et recouvert d'une compresse trempée dans un

liquide résolutif. Chaque jour on renouvelle le même traitement ; les points lacrymaux, qui dans cette circonstance ne sont jamais oblitérés, absorbent avec les larmes la pommade qui s'y est délayée, et transportent jusques dans le sac, et de là dans le canal nasal, un liquide médicamenteux très-propre à amener la résolution de l'inflammation chronique des voies lacrymales, inflammation qui accompagne constamment le flux palpébral. Je pourrais citer un grand nombre de fistules qui ont été guéries par ce seul moyen.

Je ne vois pas que les complications de caric ou de nécrose puissent changer en rien ces méthodes de traitement, à moins qu'elles ne soient sous la dépendance d'un vice syphilitique.

Pour ce qui est des corps étrangers introduits ou développés dans les voies lacrymales, des tumeurs qui pourraient apporter obstacle à la libre circulation des larmes, nul doute que je ne dirigeasse tous mes efforts contre cette cause de la maladie.

Si enfin le canal nasal était oblitéré de manière à ce qu'on ne pût le rendre libre par tous les moyens que nous avons à notre disposition, je me déciderais à pratiquer une route artificielle aux larmes en perforant l'os unguis, comme je l'ai dit en parlant de la méthode de Woolhouse.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT, *Suppléant.*	*Physiologie.*
DELLILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Examinateur.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD, Président.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGREGES EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KUNHOHLTZ.	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHÉ, *Examinateur.*
BROUSSONNET.	BERTRAND.
TOUCHY, *Suppléant.*	POUZIN.
DELMAS.	SAISSET.
VAILHÉ, *Examinateur.*	ESTOR.
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.